

О ПОРЯДКЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ИНТЕРЕСОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ, НЕ ДОСТИГШИХ ВОЗРАСТА 15 ЛЕТ, В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

Интересы несовершеннолетнего ребенка в медицинской организации в силу требований Семейного кодекса Российской Федерации могут представлять лишь его родители (мать или отец) и законные представители (усыновители, опекуны, попечители, органы опеки и попечительства).

Документами, подтверждающими полномочия родителей, являются свидетельство о рождении ребенка, а в случае установления отцовства – свидетельство об установлении отцовства и документ, удостоверяющий личность родителя. Опекунами дополнительно предоставляются документы, выданные органами опеки об установлении опеки либо попечительства.

Согласно федеральному законодательству все иные лица, в том числе другие родственники ребенка (бабушки, дедушки, сестры, братья, тети, дяди и т.д. – далее близкие родственники) не являются законными представителями ребенка и не наделены полномочиями по представлению интересов детей в медицинских организациях.

Передоверие полномочий родителей родственникам ребенка путём выдачи доверенности, в том числе заверенной нотариально, законодательством Российской Федерации не допускается.

В соответствии с частью 2 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2021 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство несовершеннолетнему лицу, не достигшему возраста 15 лет, дает один из его родителей или иной законный представитель в письменной форме.

Близкие родственники при сопровождении ребенка в медицинской организации не вправе в отсутствие родителей или законных представителей давать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство ребенку либо отказ от него.

Заочная дача информированного согласия родителем дистанционно, например, посредством телефонных каналов связи, мессенджеров и социальных сетей законом не предусмотрена.

При прикреплении к медицинской организации в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 390н родители дают добровольное информированное согласие по Перечню определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, на весь срок прикрепления к медицинской организации.

К таким вмешательствам применительно к стоматологической практике относятся:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, фарингоскопия.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
6. Лабораторные методы обследования.
7. Функциональные методы обследования.
8. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.

9. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

Таким образом, при обращении ребёнка в медицинскую организацию без родителей или законных представителей медицинская помощь может быть оказана в объёме, установленном приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 390н.

Кроме того, медицинское вмешательство без согласия родителей или законных представителей ребёнка может быть оказано в случаях и порядке, установленных частями 9 и 10 статьи 20 Федерального закона № 323-ФЗ.

Следует отметить, что в соответствии со статьёй 13 Федерального закона № 323-ФЗ сведения о факте обращения ребёнка за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну, разглашение которой не допускается, за исключением случаев, прямо предусмотренных законом.

Таким образом, если другие родственники ребенка не поименованы в добровольном информированном согласии, то сообщение им информации о состоянии здоровья ребёнка, результатах обследования и предполагаемом лечении, выдача медицинской документации и т.п. не представляется возможным.

Часто бывает, что мама или папа не могут посетить медицинскую организацию вместе с ребенком и просят об этом бабушку, дедушку или няню.

Для организации оказания медицинской помощи в такой ситуации родителям либо законным представителям ребёнка рекомендуется при обращении в медицинскую организацию:

1. Заблаговременно при даче информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, в том числе при прикреплении к медицинской организации, указать в нём данные родственников ребёнка, которым возможна передача сведений, составляющих врачебную тайну.
2. Оформить письменное Согласие на сопровождение ребенка в медицинской организации на человека, который будет представлять интересы ребенка в поликлинике (рекомендуемый образец прилагается).

Доверенному лицу рекомендуется иметь при себе:

- подлинник Согласия;

- копию Согласия;
- документ, удостоверяющий личность.

Копия Согласия вносится в медицинскую карту стоматологического больного, а подлинник предъявляется доверенным лицом каждый раз при посещении любого подразделения медицинской организации.

СОГЛАСИЕ

« ____ » _____ г.

Наименование населённого пункта _____

Я, _____ (ФИО полностью)

г.р. паспорт-серия _____ номер _____ дата выдачи _____

« ____ » _____ г. кем выдан: _____

зарегистрирован(на) _____

ДОВЕРЯЮ

_____ (ФИО полностью), паспорт серия _____

номер _____ дата выдачи « ____ » _____ г.

кем выдан: _____

зарегистрированной(ному) _____

Сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка _____

(ФИО, дата рождения)

в медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы, а также:

- получать справки, выписки, рецепты и иные документы;
- оплачивать оказание медицинской помощи, не входящей в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве, из средств законного представителя либо из собственных средств;

Согласие выдано без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком на три года с момента ее подписания и действительно при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

Подпись поверенного _____ подтверждаю

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью: _____

День, месяц, год: _____

Подпись доверителя: _____